UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 97

FACULTÉ DE MÉDECINE

14

LE
KYSTE DERMOÏDE
PELVI-ISCHIO-RECTAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1913

PAR

Abel CHOLLET

Né à Belleville (Cher), le 10 octobre 1884



Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	GRANEL, *Président.* VIRES, Professeur. LAPEYRE, Agrégé. SOUBEYRAN, Agrégé.	*Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

LE KYSTE DERMOÏDE PELVI-ISCHIO-RECTAL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 97

14

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE

KYSTE DERMOÏDE
PELVI-ISCHIO-RECTAL

THÈSE

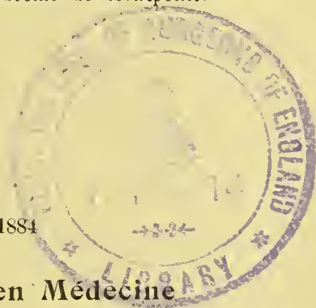
Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1913

PAR

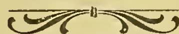
Abel CHOLLET

Né à Belleville (Cher), le 10 octobre 1884



Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	GRANEL, *Président.*		
	VIRES, Professeur.		
	LAPEYRE, Agrégé.		*Assesseurs*
	SOUBEYRAN, Agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch.d.f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. GRANEL, Président.	MM. LAPEYRE, Agrégé.
VIRES, Professeur.	SOUBEYRAN, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA TANTE

MADEMOISELLE LOUISE CHOLLET

Bien faible témoignage de ma plus vive affection.

A. CHOLLET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A. CHOLLET.

Nous remercierons MM. les Professeurs Granel, Vires et Lapeyre d'avoir bien voulu faire partie de notre jury.

Nous sommes particulièrement heureux de pouvoir remercier M. le professeur agrégé Soubeyran qui a bien voulu nous inspirer ce travail.

LE KYSTE DERMOÏDE

PELVI-ISCHIO-RECTAL

HISTORIQUE

Ce sont les travaux de Verneuil (1852) et de l'Ecole française qui mirent en relief la fréquence de l'enclavement ectodermique et la multiplicité de siège des kystes congénitaux. Ces auteurs précisent le diagnostic et fixent une étiquette anatomique aux tumeurs qu'ils extirpent, tout en confondant cependant sous la même dénomination de kystes sébacés, les kystes dermoïdes et les kystes sébacés proprement dits.

Mais il n'existe encore rien dans les classiques touchant les kystes dermoïdes du pourtour de l'anus. Ce n'est pas là une affection qui ait, que nous sachions, attiré jamais l'attention des observateurs, même dans

ces dernières années, et l'on peut dire que, sur ce sujet, il y a encore tout à apprendre.

Tout au plus signale-t-on l'existence de kystes dus à l'oblitération d'un trajet fistuleux ; mais ce ne sont pas de véritables kystes dermoïdes, puisqu'ils n'en présentent pas les caractères histologiques.

PATHOGÉNIE

La science a fait aujourd'hui justice de toutes les opinions bizarres admises autrefois pour expliquer la genèse des kystes dermoïdes.

La théorie de Meckel, qui enseignait une sorte de conception sans cohabitation est également repoussée de nos jours, de telle sorte qu'on ne se trouve plus en présence que de quatre théories, celles-là discutables et possédant des allures scientifiques.

1° La première théorie, soutenue par J. Geoffroy Saint-Hilaire est celle de la *diplogénèse par inclusion*. Dans certains cas il y aurait monstruosité par inclusion d'un très jeune embryon, dans un autre antérieurement conçu, ou par existence de germes originairement monstrueux et anormaux. Dans d'autres cas, « cette diplogénèse serait due à une véritable production anormale par prolifération imparfaite des éléments germinatifs de l'ovaire et du testicule » ; et alors, d'après Saint-Hilaire lui-même, la tumeur est non plus la sœur jumelle, mais la fille de l'individu qui en est porteur. Cette théorie, on

le voit, ne peut raisonnablement répondre qu'à certaines tumeurs et non à celle qui nous occupe.

2° La théorie de l'*hétéropie plastique*, enseignée par Lebert, explique la formation du kyste par une production autogène et spontanée ; mais il y a là plutôt un simple mot qu'une véritable doctrine, et cette théorie, comme l'a justement fait remarquer Courty « ne fait qu'exprimer par un mot l'affirmation du fait lui-même. »

3° Une troisième théorie acceptée par Rouget, Courty et Lawson-Tait, fut surtout développée par Waldeyer. Laguens, dans sa thèse, la résume à peu près complètement ainsi : « De l'ovule fécondé dérivent tous les tissus de l'organisme ; pourquoi dès lors ne pas admettre qu'en dehors de sa fécondation, par *parthénogénèse*, cette cellule primordiale, sous une influence encore inconnue, ne puisse se développer anormalement et donner naissance aux nombreuses variétés de tissus que peuvent contenir les kystes dermoïdes ».

Mais cette théorie, malgré ses attraits séduisants, n'est qu'une simple hypothèse, acceptable au besoin en ce qui concerne l'ovaire, mais qu'on ne saurait nullement étendre et généraliser aux autres formations dermoïdes.

4° La théorie scientifique, celle qui est admise à l'heure actuelle avec le plus de bienveillance, c'est sans conteste la doctrine de Verneuil, qui, dès 1852, expliquait la production des kystes dermoïdes congénitaux par une inclusion cutanée survenue au moment du développement intra-utérin de l'embryon. Et cette conception est large ; elle s'applique non seulement aux kystes dermoïdes qui existent à la naissance ou qui proviennent des arcs branchiaux, mais aussi à ceux dont la pré-

sènce ne se révèle qu'à la puberté et dont le siège est à n'importe quel point de l'organisme.

Cette théorie a été reprise, en 1886, par MM. Lannelongue et Achard, avec le nom de théorie de *l'enclavement*, et c'est à elle que nous nous rallions pour notre part.

S'il est une opinion généralement admise à l'heure actuelle, c'est évidemment celle qui reconnaît aux kystes dermoïdes une origine congénitale, quelle que soit du reste la région où ils se développent. Cette origine, il est vrai, a pu être niée dans certains cas, mais l'erreur est aujourd'hui reconnue et tenait à l'apparition même de la tumeur. Chez tel individu, en effet, le kyste apparaîtra à la naissance, chez tel autre, dans les premiers jours de la vie, chez un troisième, enfin, il n'éveillera l'attention que bien plus tard, à l'âge de la puberté.

Généralement c'est un petit fragment de peau qui s'enclave au moment, par exemple, de la soudure des fentes branchiales, comme cela se passe dans la région du cou, où la genèse des kystes dermoïdes se trouve être fort bien expliquée. Mais ne peut-on pas généraliser cette théorie, et n'est-il rien qui puisse justifier son extension jusque dans la région qui nous occupe ?

Certes, dans un certain nombre de kystes dermoïdes, ce n'est pas inclusion d'un sac de peau qu'il doit y avoir, mais d'un simple lambeau cutané, dont « la sécrétion refoule les tissus qui constituent la membrane d'enveloppe fibreuse, tandis que le lambeau cutané forme une des parties des parois de la poche ».

D'autre part, M. Masse, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux, a tenté, à ce sujet des expériences très décisives. Il a réussi, en enclavant dans

le péritoine de jeunes rats des lambeaux de peau pris sur leurs membres, à reproduire des kystes dermoïdes.

M. Goujon, de son côté, au laboratoire de Robin, a fait de nombreuses transplantations d'épithélium ; les éléments proliféraient d'abord dans les points où on les avait déposés, puis au bout d'un certain temps, on n'en voyait plus trace.

Nous acceptons donc, pour ce qui nous concerne, cette théorie de l'enclavement. C'est de toutes les théories émises jusqu'à ce jour, la plus rationnelle, celle qui satisfait le plus l'esprit et la seule qui puisse expliquer aisément le cas de kyste dermoïde que nous relatons dans notre travail.



ÉTIOLOGIE

Puisque la formation des kystes dermoïdes se ramène uniquement à un accident de la vie intra-utérine, il semble que ce seul accident résume en soi toute leur étiologie. Partant, il ne paraît point nécessaire, pour justifier leur apparition, de s'expliquer outre mesure, pas plus qu'on ne le fait par exemple pour une fracture produite par une simple chute, ainsi que le fait remarquer M. Le Lan.

On peut toutefois se demander s'il n'existe pas des conditions spéciales capables d'entraîner ou tout au moins de favoriser l'éclosion de ces kystes, de même que leur développement à un moment donné.

Certains auteurs, comme Paget, ont invoqué l'*hérédité;* mais malheureusement les preuves sont trop en défaut pour pouvoir apporter une affirmation dans ce sens, cependant il est impossible de ne pas reconnaître à cette cause un rôle à peu près certain, puisque l'observation journalière permet de constater que la tendance aux arrêts de développement se transmet dans une même famille.

L'*âge*, de son côté, n'offre rien de bien défini ni de bien caractéristique. Les kystes dermoïdes, en effet, peuvent se développer assez tôt ou assez tard, encore qu'ils soient congénitaux, c'est-à-dire relevant de germes qui existent dès la vie fœtale. Mais l'âge le plus favorable paraît être la puberté, « ce printemps de la vie qui donne aux germes jusque-là inactifs une sorte de coup de fouet qui les fait participer à l'éclosion de toutes les forces de l'économie » (Hansen).

Enfin le *sexe*, qu'on a voulu invoquer dans certains cas, ne semble pas non plus exercer une influence notoire sur la production des kystes dermoïdes de la région qui nous concerne, pas plus d'ailleurs que des autres régions du corps.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes de la région anale possèdent à peu près les mêmes caractères généraux que les tumeurs dermoïdes siégeant dans les autres parties de l'organisme ; il est facile de s'en rendre compte par l'étude anatomo-pathologique de leur volume, aussi bien que de leurs caractères extérieurs et de leur structure intime.

L'observation que nous publions nous montre en effet que le volume de ces kystes est extrêmement variable et qu'ils affectent des proportions progressivement croissantes. Pendant plusieurs années ils peuvent rester ignorés du malade lui-même. Leurs dimensions ne dépassent guère celles d'un pois ou d'une lentille, puis elles atteignent successivement la grosseur d'une noix, d'une mandarine, enfin d'une grosse orange et même des deux poings.

La tumeur n'est pas pédiculée et aucune donnée anatomique ne paraît justifier cette position plutôt qu'une autre par rapport au rectum et au sphincter. Le tégument externe n'a pas gardé ses caractères normaux ; nous avons en effet remarqué à sa surface de fines arborisations vasculaires formant un plexus étroit.

Le toucher révèle une consistance mollasse, à fluctuation obscure. On ne perçoit pas de bosselures. La tumeur, d'autre part, est irréductible ; et, enfin, la peau qui la recouvre est mobile sur les plans sous-jacents (nous verrons dans le diagnostic que c'est là ce qui les différencie nettement des kystes sébacés).

Structure intime

Examen de la paroi du kyste de notre observation (par M. Peyron)

1° Sur une section du kyste, la paroi, du côté interne, rappelle une muqueuse; lisse, unie, blanchâtre et comparable à la muqueuse préputiale ; elle nous a paru en un certain endroit mamelonnée, tomenteuse, ainsi qu'une vessie à colonnes.

Son épaisseur varie beaucoup suivant les points considérés, sans jamais aller au-delà de quelques millimètres.

Au microscope, de dehors en dedans, nous trouvons deux lames épidermiques cornées, l'une, externe, correspondant à la peau de la région anale ; l'autre, interne, correspondant au revêtement du kyste. D'une façon générale, ces deux faces présentent à peu près les mêmes caractères ; sur l'épiderme du kyste, cependant, le stratum lucidum paraît plus mince et les cellules cornées sont desquammées en grande partie.

Ces deux lames épidermiques sont reliées par une zone de tissu conjonctif contenant les vaisseaux. Dans l'épaisseur de cette paroi, on distingue des éléments glandulaires et quelques follicules pileux. Ces éléments glandulaires dépassent en nombre et en développement ceux que nous avons coutume de rencontrer dans les kystes dermoïdes des autres régions.

2° Le contenu du kyste est complexe. Nous n'avons pu y révéler la présence ni de poils ni de cheveux, bien que nous ayons constaté à sa surface l'existence de quelques rares follicules pileux, mais nous le trouvons rempli de matière sébacée.

Cette matière sébacée est constituée par de la graisse libre, des cristaux de cholestérine, des débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et raccornies ; elle forme un magma d'abord gris-blanc, puis jaunâtre, assez consistant, légèrement grumelleux.

A côté de cette matière sébacée, nous avons noté la présence d'un liquide sébacé, en petite quantité. Ce liquide est sans doute sécrété par les glandes sébacées du kyste ou par la conversion des cellules de la paroi en cellules sébacées.

Tels sont, à grands traits, les principaux caractères anatomiques du kyste dermoïde pelvi-ischio-rectal. En somme, ce kyste se fait remarquer par l'extrême simplicité de sa structure.

SYMPTOMATOLOGIE

Au début, le kyste dermoïde de la marge de l'anus, comme tous les autres, passe par une période de latence qui peut vraisemblablement varier suivant les individus et suivant les cas. Peu ou pas de caractères bien définis. La tumeur se révèle fortuitement. Il semble cependant que dans la plupart des cas on la reconnaîtra à des symptômes que nous pouvons ranger dans deux grandes classes: symptômesfonctionnels et symptômes physiques.

1° *Symptômes fonctionnels*

D'une façon générale, les symptômes fonctionnels passent inaperçus. Pas de vraie douleur, en effet, plutôt une certaine gêne ressentie par le malade, sauf dans les cas où la poche kystique présenterait une excoriation, de l'infection ou de la distension. Souvent la douleur si elle existe ne sera elle-même provoquée que par le frottement du pantalon ou chez la femme, comme le cas s'est présenté dans l'observation qui fait l'objet de ce travail, par une simple garniture au moment des époques.

2° *Symptômes physiques*

Les symptômes physiques ont au contraire une importance bien plus considérable ; le plus souvent ce seront les seules bases possibles du diagnostic. Ils semblent devoir être, à l'ordinaire, très apparents. Le kyste de la région anale, nous l'avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique, est facilement reconnaissable à sa forme arrondie non pédiculée. La peau est mobile, elle garde sa coloration normale, sauf, bien entendu, si le kyste venait à être le siège d'une inflammation. S'il existait des bosselures, elles révèleraient la structure intime du kyste, pauci ou multi-loculaire. La consistance variera selon l'état de réplétion de la poche, depuis la rénitence jusqu'à la fluctuation. La recherche de la fluctuation devra toujours être faite, et voici comment : on saisit la tumeur par ses deux pôles, entre le pouce et le médius d'une main, et avec l'index de l'autre main ; si le contenu est fluctuant, les deux doigts qui compriment s'écartent l'un de l'autre ; on ne percevra pas de fluctuation si les parois sont épaisses et le contenu consistant ; dans ces conditions la tumeur conserve l'empreinte du doigt et il se forme un véritable godet d'œdème. Derniers symptômes et qui ont leur importance : la matité à la percussion ; l'irréductibilité de la tumeur.

EVOLUTION

Ce kyste évolue d'une façon banale et se comporte en cela comme tous les autres kystes congénitaux. Aussi, peut-on, comme l'a indiqué Verneuil pour les kystes dermoïdes en général, lui reconnaître : 1° une période de stagnation ; 2° une période d'accroissement.

1° *Période de stagnation.*

Pendant cette période le kyste offre un volume toujours restreint ; il passe le plus souvent inaperçu du sujet qui en est porteur et n'en souffre aucunement (période latente). La durée de cette période est extrêmement longue, peut même être indéfinie.

2° *Période d'accroissement.*

Elle peut commencer à une époque très variable, et c'est à ses débuts que le malade fait remonter en général l'apparition de sa tumeur. A ce moment, soit sans

causes appréciables, soit sous l'influence de causes diverses (puberté, puerpéralité, traumatismes répétés), on voit le kyste prendre des proportions plus considérables, gêner de plus en plus le sujet qui en est atteint et s'accuser par les symptômes que nous avons décrits.

Cette évolution est donc commune à tous les kystes congénitaux, et, si nous voulons retenir le trait le plus frappant dans la marche de ces néoplasmes, nous saurons, de par la lecture des observations, qu'ils possèdent au maximum une période latente de longue durée, puis une période d'accroissement à début soudain. Un meilleur caractère qu'on pourrait donner de cette marche serait de dire avec Fränkel que « souvent ces kystes apparaissent primitivement chez l'adulte alors que leur existence remontait jusqu'à la naissance. »

PRONOSTIC

Les kystes dermoïdes sont des tumeurs bénignes ; le pronostic en est pour cela très favorable ; ils n'ont, en effet, aucune tendance à l'envahissement des parties voisines, ne compromettent pas l'état général, et, après l'ablation totale, on n'a pas à craindre de récidive.

Cependant le pronostic doit être réservé lorsque des complications sont déjà survenues. Il y en a trois principales : l'inflammation, la rupture et la dégénérescence.

L'inflammation est spontanée ou provoquée. Elle est spontanée lorsque la tumeur a subi un accroissement rapide, déterminant une surdistension des parois. Elle est provoquée par un choc ou par une pression. Plusieurs éventualités peuvent alors se présenter ; ou bien une adhésion des parois, consécutive à la suppuration de la cavité et à l'élimination du contenu, amène la guérison — ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, un trajet fistuleux persiste, qui laisse constamment s'écouler un peu de pus mêlé à des matières sécrétées par les parois du kyste.

D'étroites relations existent entre l'inflammation et la *rupture*, car c'est souvent l'inflammation qui conduit à la rupture, par le ramollissement des parois. D'autres fois, c'est le traumatisme qui occasionne la rupture. Celle-ci se fait toujours à l'extérieur et dans les points les plus divers. Le contenu est évacué en totalité ou en partie. Autres conséquences : la rupture entraîne tantôt la guérison, tantôt la récidive du kyste.

Quant à la *dégénérescence épithéliomateuse*, nous ne saurions en affirmer que la possibilité. C'est, en effet, une loi de pathologie générale que, à un moment donné, les tumeurs bénignes se transforment en tumeurs malignes pour des causes qui n'ont pas encore été très bien déterminées à l'heure actuelle.

DIAGNOSTIC

En présence d'une tumeur de la région anale, étant donnés les caractères très apparents du kyste dermoïde, il semble au premier abord que le diagnostic soit d'une extrême simplicité, s'impose presque. Cependant, certaines formations spéciales, que la clinique permet d'observer parfois dans cette région, peuvent le simuler, ou du moins le masquer, et être ainsi des causes d'erreur.

Le nombre en est considérable, et il importe au plus haut point que le praticien soit mis en garde contre chacune d'elles.

Nous citerons notamment :

Tout d'abord, *le spina-bifida ;* mais celui-ci ne s'observe que dans la région sacrée. L'existence du spina-bifida coccygien n'a pas encore été établie.

En second lieu les *tératômes de la région sacro-coccygienne.* Ils forment des tumeurs volumineuses largement implantées sur le sommet du sacrum ou sur le coccyx. On peut y trouver des parties fœtales nettement reconnaissables, des appendices en forme de membres, des os, des tissus variés, des vestiges d'organes.

Citons encore *les tumeurs complexes*, traces persistantes de la moelle caudale que Tourneux et Hermann ont étudiées sous le nom de vestiges médullaires coccygiens. Ils sont accompagnés de faisceaux lamineux qui unissent l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale à la face profonde du derme. Il en résulte la formation d'une fossette, d'une dépression infundibuliforme que l'on rencontre assez souvent au niveau du coccyx : c'est l'infundibuliforme para-coccygien.

On ne confondra pas non plus le kyste dermoïde pelvi-ischio-rectal avec les différents *abcès de la marge de l'anus* (abcès tubéreux, abcès phlébitique circonscrit, abcès sous-cutanéo-muqueux), avec *les abcès de la fosse ischio-rectale*, avec *les phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur* reconnaissables à leurs signes d'inflammation, à leur suppuration, à la fièvre et à l'inappétence qu'ils provoquent.

On peut confondre encore les kystes dermoïdes avec des kystes très voisins, les *kystes sébacés*; tous les deux ont à peu près les mêmes caractères ; un seul point les distingue ; dans les kystes sébacés, en effet, la peau est immobile sur les plans sous-jacents, parce qu'elle y est rattachée par le vestige du conduit excréteur. Il y aurait encore en leur faveur l'existence d'un point noir central ; à la vérité, ce signe n'est nullement caractéristique puisque, au dire de MM. Lannelongue et Achard, les kystes dermoïdes présentent assez fréquemment quelque chose d'analogue.

On éliminera en dernière analyse les *tumeurs malignes*, primitives ou secondaires; cela n'offre pas beaucoup de difficultés d'une façon générale; ces tumeurs se font remarquer par leur évolution rapide, leur tendance à l'envahissement des tissus voisins et à l'altération

de l'état général. D'ailleurs l'examen microscopique permet de lever les derniers doutes qui subsisteraient.

Telles sont les différentes affections que l'on devra éliminer pour établir le diagnostic de kyste dermoïde ; somme toute, il est relativement facile de le faire, en raison des caractères apparents ou intimes des kystes de cette espèce, à savoir : Congénitalité, indolence, irréductibilité.

TRAITEMENT

Le traitement des kystes dermoïdes de la région anale est extrêmement simple, à notre avis. Laissant de côté tous les moyens préconisés jusqu'ici pour obtenir la résolution de la tumeur ou pour provoquer l'oblitération de la cavité, nous nous arrêterons à un procédé, le seul vraiment efficace : l'extirpation.

Distinguons entre deux cas :

1° Si la tumeur était pédiculée.

Il suffirait de l'enlever au niveau du pédicule en disséquant ce dernier.

2° La tumeur est sessile.

On peut disséquer la poche du kyste; mais, si la poche arrive au contact du péritoine ou du rectum, la dissection en est difficile, car elle adhère à l'un de ces deux organes et l'on est exposé à ouvrir la séreuse ou l'intestin lui-même, mieux vaut alors si le kyste paraît s'étendre en profondeur, employer l'une des deux méthodes suivantes :

a) La première consiste à traiter les kystes comme toute tumeur de cette région, c'est-à-dire à enlever délibérément dans toute son épaisseur la peau et le tissu

cellulaire sous-cutané qui le recouvre. Par une incision elliptique, à grand axe partant de l'anus et s'en éloignant dans la direction de la tumeur, on circonscrit celle-ci et on l'enlève en bloc avec la paroi à ce niveau ; on suture en refaisant la paroi solidement par trois plans de sutures, un premier fibreux, un second musculaire, un troisième cutané.

b) La deuxième méthode consiste, quand la totalité du kyste est inaccessible, à cautériser la plus grande partie de sa surface interne. Une sonde cannelée est introduite dans le kyste et pénètre dans le rectum, en en perforant la paroi ; l'index gauche, introduit dans l'intestin, accroche l'extrémité de la sonde, et la ramène hors de l'anus : les tissus ainsi chargés sont coupés d'un coup de bistouri. Après l'incision, on constipe le malade et l'on cautérise avec un crayon de nitrate d'argent toute la paroi interne du kyste, devenue accessible, que l'on tamponne ensuite avec de la gaze aseptique. Ces cautérisations seront renouvelées tous les jours, ou tous les deux ou trois jours jusqu'à ce que, la paroi étant totalement détruite, des bourgeons charnus apparaîtront, qui viendront combler la cavité. Si le foyer opératoire était parfaitement assaini et sans diverticule, il serait facile de procéder à la réunion des parois par une suture méthodique, en étages.

Après l'opération, on observe une incontinence, par paralysie sphinctérienne, qui disparaît au bout de quelques semaines. La durée de l'incontinence ne doit point faire porter un pronostic de permanence définitive. Dans les opérations de fistules ano-rectales, nous voyons couramment les spincters ne retrouver leur pouvoir de contrôle qu'après six mois ou un an.

OBSERVATION

(Personnelle)

Mme R....., de Poussan, 39 ans, ménagère, entre à la Clinique mutualiste le 10 décembre 1912. Elle présente à gauche de l'anus une tumeur de la grosseur du poing, fluctuante, mobile sous la peau, avec, en son milieu, un bouchon noirâtre du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Tout autour on remarque de fines arborisations veineuses. Il n'existe aucun signe d'inflammation, la pression n'est pas douloureuse. Le toucher rectal ne permet pas de la sentir.

Parmi les antécédents héréditaires et collatéraux, il n'y a rien d'intéressant à signaler.

La malade elle-même n'eut aucun passé pathologique avant l'âge de 19 ans. Aucune intervention, en particulier, ne fut pratiquée dans la région anale.

A 19 ans, elle reçoit un coup de pied à gauche de l'anus, au niveau de la tumeur actuelle. La grande lèvre gauche est hypertrophiée, rouge, douloureuse. Il est fait quelques applications de compresses humides et après une semaine environ, cette tuméfaction et cette douleur disparaissent.

Peu de temps après elle se marie. Elle donne naissance à un enfant présentant un anus imperforé et qui meurt au bout de deux jours.

Deux mois après cette première couche, elle présente

au niveau du traumatisme une petite tumeur, de la taille d'un œuf de pigeon, que le médecin incise. Il en sort un magma blanchâtre demi-fluide.

Pendant deux ans, il se forme tous les 5 à 6 mois une collection nouvelle qui s'ouvre d'elle-même à l'extérieur.

A 23 ans, elle a une seconde grossesse pendant laquelle la collection est le siège de douleurs lancinantes et se vide tous les quinze jours ou tous les mois.

Après l'accouchement, les évacuations sont plus rares. Elles se renouvellent à des intervalles variant de trois à six mois. Elles sont très fluides, fétides, présentent une coloration gris-verdâtre, surviennent sans efforts, sans douleurs. Leur quantité dépasserait un grand verre, au dire de la malade.

De 28 à 39 ans, la tumeur ne s'ouvre plus au dehors, mais devient de plus en plus volumineuse, atteignant la taille des deux poings, gênant la malade pour marcher et pour s'asseoir, tant à cause de son volume que par son frottement au contact des vêtements.

Quinze jours avant son entrée à la Clinique, il se produit une nouvelle évacuation d'un liquide assez abondant, moins fluide, blanchâtre, et moins fétide que précédemment.

La malade est opérée le 13 décembre par M. le professeur agrégé Soubeyran.

Incision elliptique. La tumeur, ne pouvant être circonscrite, est ouverte. Il en sort un magma gris-blanc, assez consistant, légèrement grumelleux. La paroi de la poche est épaisse, dure, ridée, brillante et argentée ; on en prélève une partie pour l'examen histologique (voir page 20). Elle s'étend sur une longueur de 15 centimètres environ le long du bord gauche du rectum, auquel elle adhère fortement. Une sonde cannelée y est intro-

duite, on la fait pénétrer dans le rectum en en perforant la paroi et tous les tissus ainsi chargés sont coupés d'un coup de bistouri. La malade est constipée pendant une semaine avec de l'extrait thébaïque. La paroi interne est cautérisée d'abord quotidiennement, puis tous les deux ou trois jours avec du nitrate d'argent. Il se forme des bourgeons charnus qui oblitèrent peu à peu la cavité. Pendant un mois on observe une incontinence par paralysie sphinctérienne. La malade quitte le service au bout de six semaines, en bonne voie de guérison.

Nous la revoyons quatre mois après l'opération : il persiste une fistulette, la profondeur a diminué, l'état sphinctérien est bon.

CONCLUSIONS

I. — Le kyste dermoïde pelvi-ischio-rectal est extrêmement rare; il ne peut être confondu avec les productions qui se développent dans cette région.

II. — La théorie de l'inclusion ectodermique formulée par Verneuil et reprise plus tard par Lannelongue et Achard, sous le nom de théorie de l'enclavement, est la seule qui puisse expliquer la genèse de ce kyste.

III. — La structure intime en est très simple.

IV. — Sa symptomatologie n'offre rien de bien spécial.

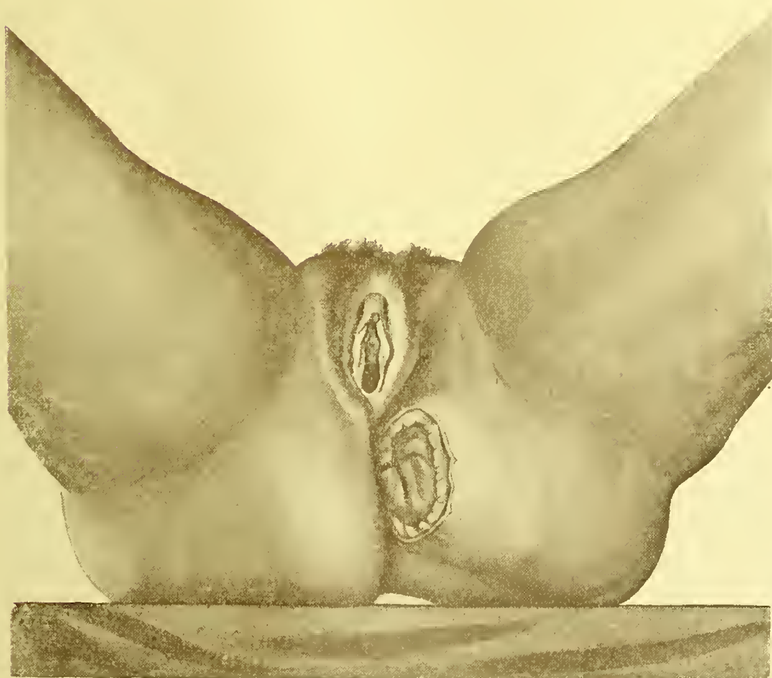
V. — Son évolution comporte une période latente de longue durée et une période d'accroissement à début soudain.

VI. — Le pronostic est bénin dans la grande généra-

lité des cas ; seules, quelques complications susceptibles de l'assombrir sont à redouter et à prévoir.

VII. — Le diagnostic n'offre pas de grandes difficultés ; mais il est difficile de se prononcer sur le contenu du kyste.

VIII. — Le traitement sera, soit l'extirpation radicale de la poche, soit — si cette dernière est impossible — sa cautérisation.



Kyste dermoïde de notre observation vu après l'intervention

(D'après un cliché du professeur Soubeyran)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. I.

GÜTERBOCK. — Deutsch. med. Woch., 1891.

HEURTAUX. — Article kyste (*in* Diction. de Jaccoud).

LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux.

LANGENBECK. — Kyste dermoïde (*in* Archiv Langenbeck, 1874).

NIÇAISE. — Dictionnaire encyclopédique, 1881, vol. 15.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 17 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 16 juillet 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocràte, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

TABLE DES MATIÈRES